Université Paul-Sabatier · Toulouse III

Unités Sciences Médicales

ANNÉE 1972 N° [redacted]

Bilan d'une consultation de psychiatrie de l'enfant

à propos de 8 années de fonctionnement au C.H.U. de Purpan à Toulouse

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(diplôme d'état)

par

Marie-France DURAND
Ancienne externe des Hôpitaux de Toulouse
Diplômée de Neuro-Psychiatrie

Membres du Jury	MM. SOREL	Président
	GAYRAL	Assesseurs
	MORON	
	ROCHICCIOLI	
	LABOUCARIE	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1972

Bilan d'une consultation de psychiatrie de l'enfant

à propos de 6 années de fonctionnement au C. H. U. de Purpan à Toulouse

Université Paul-Sabatier · Toulouse III

Unités Sciences Médicales

ANNÉE 1972 N° 247

Bilan d'une consultation de psychiatrie de l'enfant

à propos de 8 années de fonctionnement au C.H.U. de Purpan à Toulouse

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(diplôme d'état)

par

Marie-France DURAND
Ancienne externe des Hôpitaux de Toulouse
Diplômée de Neuro-Psychiatrie

Membres du Jury :
- MM. SOREL — Président
- GAYRAL — Assesseurs
- MORON — Assesseurs
- ROCHICCIOLI — Assesseurs
- LABOUCARIE — Assesseurs

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1972

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1er Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN
3e Vice-Président	M. MOUNIQ
Secrétaire Général	M. PRINEAU J.-P.

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	MM	LAZORTHES
Doyen honoraire		CALVET
Doyen honoraire		BRUSTIER
Professeur honoraire		DELAS
Professeur honoraire		RISER
Professeur honoraire		BUGNARD
Professeur honoraire		VINCENT
Professeur honoraire		MOREL
Professeur honoraire	MM.	VALLOIS
Professeur honoraire		TAPIE
Professeur honoraire		BOUISSET
Professeur honoraire		CALMETTES
Professeur honoraire		THOMAS
Professeur honoraire		LAGROT
Professeur honoraire		DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire		FABRE P.
Professeur honoraire		JAHIER

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	MM.	DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud		GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale		FICAT	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie		POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer		GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie		PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique		RIEUNAU	Purpan
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire		ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques		BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies Urinaires		LHEZ	Purpan
Clinique des Maladies Infectieuses		ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture		SOREL	Purpan
Clinique Médicale de la Première Enfance		BARDIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie		LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique		GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale		PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique		CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique		DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale		CALVET	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie		DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique		RUFFIE René	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale		MONROZIES	Purpan
Anatomie		BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique		FABRE Jacques	Purpan
Anatomie Appliquée		...	...
Anesthésie et Réanimation		LARENG L.	Purpan
Bactériologie	Mme	ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	MM.	AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B		BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale		CALAZEL	Rangueil
Chimie Biologique		VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie		MAROUES	Rangueil
Embryologie Générale		BROUSSY Jean	Purpan
Hématologie		RUFFIE Jacques	Purpan
Histologie		BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie		...	...
Hygiène et Médecine Sociale		MONNIER	Purpan
Immunologie		DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail		PLANQUES	Purpan
Pathologie Chirurgicale		DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale		SENDRAIL	Purpan

UNIV. LEIDEN BIBL.

Pathologie Médicale		RIBAUT	Purpan
Physiologie		LAPORTE Yves	Rangueil
Physiologie Appliquée et Pharmacologie		BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale		LAPORTE Jacques	Purpan
Thérapeutique		DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie	MM.	GUILHEM	Rangueil
Anatomie Pathologique		BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale		DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Histologie et Embryologie		PLANEL	Purpan
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX	Rangueil
Chirurgie Générale		GEDEON	Rangueil
Médecine Générale		RASCOL	Purpan
Pathologie Médicale		BOULARD	Purpan
Physiologie		MONTASTRUC	Rangueil
Physiologie		BESSOU	Purpan
Pneumo-Phtisiologie		MIGUERES	Rangueil

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M.	FABRE Jean	Rangueil
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme	LARENG M.-B.	Purpan
Biochimie Médicale	MM.	VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie		ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale		SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire		ESCHAPASSE	Purpan
Electro-Radiologie		PONS	Purpan
Electro-Radiologie		ROULLEAU	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique		BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale		ARLET	Rangueil
Pédiatrie		DALOUS	Purpan
Neuro-Chirurgie		ESPAGNO Jacques	Purpan
Psychiatrie		GAYRAL	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique		SUC	Rangueil
Pédiatrie		REGNIER	Purpan
Médecine Générale		RIBET	Rangueil

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie et Organogénèse	MM.	JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésiologie		VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme	DIDIER	Rangueil
Biophysique	MM.	REGIS	Rangueil
Biophysique		GUIRAUD R.	Purpan
Cardiologie		BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale		ESCAT Jean	Rangueil
Chirurgie Générale		COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire		PUEL	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie		DUPRE	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique		PONTONNIER Georg.	Rangueil
Histologie, Embryologie, Cytogénétique		SOLEILHAVOUP	Purpan
Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang		BIERME R.	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique		BES	Rangueil
Médecine Interne		FEDOU R.	Purpan
Médecine Interne		LE TALLEC	Rangueil
Médecine Légale		GREZES-RUEFF	Purpan
Médecine du Travail		PUIOL M.	Purpan
Néphrologie		CONTE Jean	Purpan
Neurochirurgie		LAZORTHES Y.	Rangueil
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique		UTHEZA Guy	Rangueil
Parasitologie		LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale		ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie		ALBAREDE J.-L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie		JOVER	Rangueil
Physiologie		GERAL J.-P.	Rangueil
Physiologie		PAGES B.	Purpan
Radiologie		COMBES P.	Purpan
Rhumatologie		FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique		DENARD	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie		SALVADOR M.	Purpan
Urologie		PONTONNIER Franç.	Purpan
Ophtalmologie		REC	Purpan

AGRÉGÉS

Chirurgie Générale	MM.	GAUBERT	Purpan

AGRÉGÉS LIBRES

Chirurgie Générale	MM.	SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale		GLEIZES	Purpan
Obstétrique		ESPAGNO G.	Rangueil

L'Université P.-Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidat
(Délibération en date du 12 mai 1891)

Je dédie cette thèse

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de toute mon affection et de ma reconnaissance pour les sacrifices que vous avez consentis pour que ce jour arrive.

A MES SŒURS ELISABETH ET GENEVIEVE

A DANIEL, A XAVIER

A FRANCIS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. SOREL

Professeur de Clinique Médicale infantile
et de Puériculture

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur GAYRAL

Professeur de Psychiatrie et de Psychologie médicale

Médecin des Hôpitaux

Président de la Commission de Psychiatrie des U.E.R. des Sciences Médicales

Nous avons toujours apprécié votre grande érudition et la qualité de votre enseignement psychiatrique.

Nous sommes reconaissants de l'honneur que vous nous faites d'avoir bien voulu siéger à notre thèse. Nous tenons à vous assurer de notre plus profond respect.

Monsieur le Docteur P. MORON

Chargé de cours à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse. Vous nous avez guidé et encouragé dans la reconnaissance de la psychiatrie de l'enfant.
Acceptez le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur P. ROCHICCIOLI

Maître de conférences agrégé de Pédiatrie et de Génétique médicale

Médecin des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de notre vive reconnaissance.

Monsieur le Docteur J. LABOUCARIE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez toujours témoigné un intérêt bienveillant pendant nos études psychiatriques, nous avons apprécié votre grande expérience et votre enseignement riche et nuancé.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur HURON

Vous nous avez guidé dans la réalisation de ce travail.

Avec nos remerciements pour la gentillesse que vous nous avez toujours manifesté.

SOMMAIRE

PREAMBULE

I. — Création et vocation
II. — La demande
III. — Diagnostic et pronostic
IV. — L'orientation thérapeutique

BILAN STATISTIQUE :
ETUDE DESCRIPTIVE DE 1 200 DOSSIERS

I. — Activité globale
II. — Le fonctionnement
III. — L'origine de la demande
IV. — Les divers motifs de consultation
V. — La répartition selon
— le sexe
— l'âge
— le milieu socio-professionnel
— la place dans la fratrie

ETUDE DE CAS CLINIQUES

Analyse de la demande, des diagnostics et des indications thérapeutiques :

I. — Les problèmes scolaires (120 dossiers)
II. — Les retards de développements (330 dosseirs)
III. — Les troubles du comportement et de l'affectivité (360 dossiers)
IV. — Bilan d'un enfant malade (390 dossiers)

CONCLUSION GENERALE

PRÉAMBULE

Une consultation de psychiatrie de l'enfant s'est constituée en 1964 dans le C.H.U. de Purpan à Toulouse, sous l'impulsion d'une nécessité à la fois interne et didactique.

Sa création a permis de répondre aux demandes émanant des divers Services des Cliniques infantiles et des médecins de la ville. Depuis son origine, M. le docteur Moron veille à son fonctionnement.

Elle s'est installée près des services d'enfant à Purpan avec modestie et discrétion.

Cette consultation a aidé plusieurs générations d'étudiants psychologues, futurs médecins, jeunes psychiatres en formation dans l'approche de la connaissance de l'enfant et de ses parents.

Ils ont suivi très fidèlement le travail de M. le docteur Moron et tous le remercient pour ses précieux conseils dans les attitudes thérapeutiques à adopter.

La vocation de cette consultation est orientée vers le dépistage, le diagnostic, et l'orientation thérapeutique des enfants.

La demande de consultation émane soit de la famille que le comportement de l'enfant inquiète, soit les pédiatres afin d'apprécier les incidences psychopathologiques des troubles observés.

Le symptôme d'appel le plus fréquemment retrouvé est un retard de développement ou un trouble du comportement scolaire, affectif et social. Parfois, les parents sont alarmés par une crise qui révèle des symptômes passés inaperçus jusqu'alors ou minimisés systématiquement dans l'espoir d'une amélioration avec la « croissance ». Il s'agit le plus souvent de problèmes mineurs de la vie quotidienne dramatisés par l'anxiété des parents qui projettent sur leur enfant leurs propres difficultés.

Le recours au psychiatre est un événement qui, dans certains cas, bouleverse la famille en révélant les perturbations affectives de l'enfant et des parents, ceux-ci ont

le sentiment pénible d'avoir échoué dans leur mode d'éducation, d'autres éprouvent un sentiment confus de culpabilité à la pensée d'être responsables des troubles de l'enfant.

L'expérience de la consultation est souvent vécue par les parents dans l'anxiété et l'espoir : ils réclament des conseils, des examens médicaux complets, un traitement définitif, un pronostic favorable qui assureront la guérison et la « normalité » de l'enfant dans un proche avenir. Ils désirent recevoir de l'aide et sont pleins de bonne volonté pour suivre les conseils et accepter les exigences d'une prise en charge psychothérapique pour leur enfant et éventuellement pour eux-mêmes. En fait, l'expérience montre que cette compréhension, au moment de la consultation est apparente et difficile à conserver après la dédramatisation de la situation et l'amélioration du comportement. Les mères paraissent mieux comprendre ce que l'on attend d'elles et acceptent volontiers une prise en charge pour le bien de l'enfant, au contraire, les pères se montrent plus réticents et se déchargent sur leur épouse du soin de mener à bien cette entreprise.

L'approche du diagnostic se fait au-delà du sympôme. La découverte de sa signification dans la structure personnelle de l'enfant, dans le milieu familial ou scolaire et dans la relation parents-enfants permet d'apprécier la valeur pathologique ou réactionnelle du symptôme.

— S'agit-il d'un mode de réaction transitoire de l'enfant au milieu où il vit, à un moment du développement de sa personnalité ?

— S'agit-il d'une inadaptation de l'enfant en milieu scolaire dont l'origine peut être un déficit fonctionnel, intellectuel, instrumental, sensoriel ou moteur ?

— S'agit-il de la traduction d'une pathologie mentale qui se constitue (état prépsychotique, névrotique grave...) ?

Il paraît donc capital de procéder à l'analyse structurale de l'enfant par rapport à son niveau d'évolution afin de tenter de déceler la fixité ou la mobilité de l'organisation pathologique. L'avenir de l'enfant en dépend.

Souvent les parents réclament un diagnostic précis comme une sorte d'« étiquette » qui résume l'état de l'enfant. Il faut être prudent dans la formulation de ce diagnostic, d'ailleurs difficile à préciser dans la nosographie infantile, il risque de fixer « la crise » en une maladie

plus ou moins psychiatrique aux yeux de l'enfant et de son entourage. Il en résulte souvent un nouveau mode relationnel parent-école-famille qui peut entraver l'organisation psychologique par des mécanismes divers (rejet, hyperprotection...).

L'orientation thérapeutique est donnée au terme de la consultation :

— Ce sont toujours des conseils aux parents, ces conseils sont rassurants, et formulés au niveau où ils peuvent être compris. Ils tentent d'aménager la vie de l'enfant afin de diminuer les conflits. Ils sont éducatifs et proposent des directives générales. Une consultation de surveillance et proposée dans les mois qui suivent pour apprécier l'amélioration de l'état de l'enfant et de ses modes de vie au sein de la famille et de l'école.

— L'indication d'un placement en milieu spécialisé est portée toutes les fois où il paraît nécessaire et bénéfique pour l'enfant (I.M.P., Maisons d'enfants, Internats, colonies de vacances, placement familial...).

— Les enfants sont orientés vers la Guidance infantile lorsqu'ils peuvent bénéficier d'une rééducation spécialisée ou d'une psychothérapie au long cours ainsi qu'une aide aux parents.

— Un traitement médicamenteux peut être prescrit sous la surveillance du médecin traitant ou du pédiatre. Le plus souvent, l'état de crise vécu par l'enfant et sa famille est apaisé au cours de la première consultation et ne nécessite pas le recours à une prise en charge difficile à obtenir et à assumer actuellement.

Pour mener à bien cette tâche, il existe une équipe d'effectif réduit mais efficace et dévouée, selon le modèle des équipes pluridisciplinaires qui travaillent au Centre de Santé Mentale du XIII[e] arrondissement de Paris.

Notre travail a pour but le bilan critique de la consultation de psychiatrie de l'enfant qui fonctionne depuis huit ans à l'hôpital Purpan. Nous avons dépouillé les 1 200 *dossiers* de la consultation ouverts depuis son origine. Nous étudierons :

— le bilan statistique : étude descriptive ;

— étude de cas cliniques.

Il nous a paru intéressant de faire le bilan de la demande de consultation, c'est-à-dire de retrouver le symptôme qui a motivé la démarche, par rapport au diagnostic découvert.

Schématiquement nous avons retenu quatre sortes de demandes :

— les problèmes scolaires ;
— les retards de développement ;
— les troubles du comportement et de l'affectivité ;
— le bilan d'un enfant malade.

Bilan statistique
Etude descriptive de la consultation

I. — L'ACTIVITE GLOBALE

Au cours des huit années de fonctionnement il a été ouvert 1 200 dossiers :

Années	*Nombre de dossiers ouverts*
1964	38
1965	75
1966	92
1967	125
1968	212
1969	266
1970	312
1971	80
	1 200

Pour l'année 1971 il s'agit du fonctionnement au cours du premier trimestre seulement.

La progression satisfaisante du nombre des consultations au cours des années témoigne de l'intérêt et de l'utilité de son travail.

De part sa fonction de dépistage, diagnostic et orientation, les enfants ne sont vus qu'une seule fois.

En réalité, nous avons noté que près de 30 % des enfants ont été examinés au moins à deux reprises et 10 % d'entre eux sont venus trois fois à la consultation.

Il s'agit :

— le plus souvent de jeunes enfants âgés de moins de trois ans, qui présentent des retards de développement psychomoteur et d'adaptation. Un nouveau test est

demandé quelques mois plus tard pour apprécier les progrès réalisés ;

anxieux en quête de réassurance. Cette consultation de

— soit de problèmes banals qui inquiètent des parents contrôle permet de vérifier l'efficacité des conseils ou d'entreprendre une thérapeutique plus active.

Dans 20 % des dossiers, la demande d'examen est seulement une passation de tests (niveau de développement, quotient intellectuel) pour des enfants médicalement suivis par ailleurs pour des retards d'étiologie connue.

Le dossier contient :

— un résumé du dossier médical ;

— les tests et résultats donnés par la psychologue.

Pour les autres enfants, la consultaion se déroule en plusieurs temps, que nous allons examiner.

II. — LE FONCTIONNEMENT DE LA CONSULTATION

Le modèle de la consultation est le fonctionnement des Services de Psychiatrie de l'enfant du XIII[e] arrondissement à Paris.

L'équipe se compose :

— des psychiatres ;

— des psychologues : une psychologue d'enfants, les étudiants psychologues.
Ils sont en relation étroite avec les pédiatres et internes, avec les chirurgiens des cliniques infantiles ;

— des assistances sociales des services d'enfants assurent les liaisons au moment de la sortie de l'enfant avec les établissements choisis.

Les méthodes d'examen en psychiatrie infantile sont désormais traditionnelles.

— Un premier entretien avec les parents recueilli par un médecin (psychiatre) permet de prendre connaissance des troubles de l'enfant, de son milieu de vie, et de la personnalité des parents.

L'appréciation du climat pathologique permet de prévoir l'acceptation ou non des résultats trouvés ainsi que les chances de réussite des prescriptions thérapeutiques.

— Un entretien avec l'enfant seul permet au psychiatre d'appréhender les perturbations de sa personnalité et du vécu de la maladie ou du trouble.

— Les tests psychologiques sont passés au cours d'un autre rendez-vous. Le détail de l'examen psychologique ne fait pas l'objet de cette étude. Nous précisons seulement que les tests habituels de niveau intellectuel, de niveau scolaire, les épreuves de latéralité, d'appréciation du schéma corporel, les tests projectifs et dessins sont couramment utilisés.

Les psychologues « au-delà de l'aspect purement concret de matériel de l'application de tests... sont à même d'apprécier de nombreux éléments du caractère de l'en-

fant, révélés par son comportement au cours des examens et leur rôle est capital dans l'appréciation des résultats et l'établissement du diagnostic ».

— Le psychiatre possède le dossier médical et peut s'entretenir facilement avec le pédiatre qui s'occupe de l'enfant hospitalisé.

Il peut demander les examens complémentaires qui lui paraissent nécessaires (radiographies, électro-encéphalogramme, dosages biologiques) et même une hospitalisation afin de mieux observer l'enfant.

— L'assistance sociale peut en outre, donner des éclaircissements sur le milieu familial et social souvent falsifié dans le récit des parents.

— Lorsque tous les renseignements sont rassemblés un nouvel entretien réunit l'enfant et sa famille, les psychiatres, les psychologues, l'assistance sociale en une réunion de synthèse, afin de préciser le profil diagnostique et la conduite thérapeutique.

III. — L'ORIGINE DES DEMANDES

Les demandes d'examen ont des origines diverses suivant la période considérée :

1° De 1964 jusqu'en 1970 la consultation en sa qualité d'hospitalière recevait des enfants venant

— soit de l'extérieur : envoyés par les médecins de la ville et de la région,

— soit de l'intérieur de l'hôpital adressés par les :

- services de pédiatrie,
- service de médecine infantile,
- service de chirurgie infantile,
- consultations de médecine infantile.

Il nous a paru intéressant de chiffrer exactement la proportion des consultants relevant de ces deux origines : hôpital et médecins selon les quatre motifs de consultations.

	MEDECINS	HOPITAL
Problèmes scolaires 120 dossiers (soit 10 % des dossiers)	81 soit 66,6 %	39 soit 33,3 %
Retard de développement 330 dossiers (soit 27,5 % des dossiers)	99 soit 30 %	231 soit 70 %
Troubles du comportem. et de l'affectivité 360 dossiers (soit 30 % des dossiers)	153 soit 42,5 %	207 soit 57,5 %
Bilan d'un enfant malade 390 dossiers (soit 32,5 % des dossiers)	26 soit 7,6 %	364 soit 92,4 %

Globalement l'origine des demandes émane dans

— 30 % des cas des médecins et pédiatres, des institutrices,

— 70 % des cas de l'hôpital (consultations et services).

Remarques : cette forte proportion d'enfants examinés sur la demande de l'hôpital résulte de plusieurs facteurs :

1° L'importance du nombre des enfants malades présentant des retards de développement, au cours de leur hospitalisation, les pédiatres cherchent à évaluer l'importance du retard et des carences affectives.

2° Les parents voudraient trouver une origine médicale somatique aux troubles de leur enfant, sur lesquels les médecins pourraient agir biologiquement.

Les perturbations affectives sont méconnues ou non reconnues comme telles, car elles impliquent pour les parents une part de responsabilité qui les angoisse. Aussi l'enfant est d'abord amené au médecin traitant puis au pédiatre, ensuite au psychiatre.

3° Souvent c'est au cours d'une hospitalisation, pour une maladie intercurrente, que le pédiatre s'inquiète des troubles du comportement de l'enfant et entrevoit les anomalies du milieu familial qui tolère des perturbations importantes sans s'émouvoir.

Les pédiatres s'intéressent à la signification psychosomatique des troubles présentés par leur petit patient.

2° *Depuis le début de l'année* 1971

L'accroissement du nombre des demandes et l'impossibilité d'y répondre rapidement a fait réorganiser la consultation de psychiatrie de l'enfant de Purpan.

Une consultation a été créée pour les enfants « externes » envoyés par les médecins de la ville à l'hôpital de la Grave de Toulouse dans le service dirigé par M. le professeur Gayral.

IV. — LES MOTIFS PRINCIPAUX DE CONSULTATION

Le dépouillement des 1 200 dossiers de la consultation permet de dégager quatre grandes rubriques qui recouvrent toutes les demandes.

1° Les problèmes scolaires ;

2° Les retards de développement ;

3° Les troubles du comportement et de l'affectivité ;

4° Le bilan d'un enfant malade.

Le tableau suivant indique la répartition et la fréquence des diverses demandes.

Analyse de la demande : selon la plainte principale.

I. — LES PROBLEMES SCOLAIRES

120 dossiers

— Difficultés scolaires	63 cas
— Retards scolaires	47 cas
— Problèmes d'orientation	10 cas
	120 dossiers

II. — LES RETARDS DE DEVELOPPEMENT

330 dossiers

— Retard psycho-moteur	156 cas
— Retard intellectuel global	51 cas
— Troubles sensoriels	14 cas
— Retard staturo-pondéral	64 cas
— Troubles du langage (retards et anomalies)	45 cas
	330 dossiers

III. — LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE L'AFFECTIVITE

360 dossiers

— Troubles caractériels et du comportement	67 cas
— Troubles de l'alimentation	61 cas
— Troubles du sommeil	40 cas
— Enurésie et encoprésie	65 cas
— Troubles affectifs (syndromes d'angoisse, tics)	51 cas
— Manifestations hystériques	44 cas
— Etats psychotiques	12 cas
— Conduites suicidaires	20 cas
	360 dossiers

IV. — BILAN D'UN ENFANT MALADE

390 dossiers

— Maladies chroniques (diabète, asthme, thyroïde)	65 cas
— Malformations diverses	41 cas
— Comitialité	87 cas
— Tétanie	15 cas
— Encéphalopathies	86 cas
— Cardiopathies	30 cas
— Séquelles de traumatisme	18 cas
— Maladies intercurrentes	48 cas
	390 dossiers

V. — REPARTITION DES CONSULTANTS

Nous avons tenté d'étudier la répartition des enfants venus à la consultation de psychiatrie de Purpan selon :

— le sexe ;
— l'âge ;
— le milieu professionnel et social des parents ;
— la place dans la fratrie.

1° *Répartition selon le sexe*

DEMANDES	FILLES	GARÇONS
Problèmes scolaires 120 dossiers	50 soit 41,6 %	70 soit 59,4 %
Retard de développement 330 dossiers	137 soit 41,5 %	193 soit 59,5 %
Troubles du comportem. et de l'affectivité 360 dossiers	158 soit 43 %	202 soit 57 %
Bilan d'un enfant malade 390 dossiers	174 soit 44,6 %	216 soit 55,4 %

Il est curieux de noter une proportion de filles (42,5 %) plus faible par rapport à la proportion de garçons (57,5 %). Aucune explication particulière ne permet de justifier ces données qui supposeraient une fragilité particulière des petits garçons. Il s'agit peut-être de la traduction plus manifeste de l'agressivité qui est moins bien acceptée par les adultes.

2° *Répartition selon l'âge*

En nous inspirant des stades de développement de l'enfant selon Piaget, nous avons choisi des périodes qui correspondent à des manifestations pathologiques fréquentes en relation avec le développement biologique,

statural, affectif et l'organisation de la personnalité et de sa socialisation.

— La première période de O à 2 ans « est celle de l'intelligence sensorimotrice antérieure au langage et à la pensée ». Les troubles psycho-moteurs dominent.

— La deuxième période de 2 à 6 ans « est la période pré-opératoire de la pensée ». C'est la phase d'acquisition du langage et d'élaboration des sentiments et de la vie de relation.

Les problèmes les plus fréquents sont des retards du langage et de la socialisation par déficit instrumental sensoriel ou intellectuel.

— Le troisième période de 6 à 12 ans « est la période des opérations concrètes où dominent les problèmes scolaires et les difficultés relationnelles avec des troubles du comportement.

— La quatrième période après 12 ans est celle « des opérations formelles et de l'adolescence ».

C'est la découverte de la pensée, de sa transformation corporelle et de son insertion nouvelle dans la société adulte.

C'est une période difficile où s'observent des troubles affectifs et du comportement qui n'ont pas toujours une signification pathologique. Le plus souvent ils sont simplement réactionnels et de bon pronostic.

	0 à 2 ans	2 à 6 ans	6 à 12 ans	après 12 ans
Problèmes scolaires	0	8 soit 6,6 %	72 soit 60 %	40 soit 33,4 %
Troubles du dévelopg.	112 soit 33,5 %	80 soit 24 %	108 soit 32,5 %	30 soit 9 %
Troubles du comport.	15 soit 4 %	76 soit 21,1 %	134 soit 33,3 %	135 soit 37,5 %
Bilan d'un enfant malade	122 soit 31 %	126 soit 32,3 %	96 soit 24,6 %	46 soit 11,1 %
TOTAL	20 %	24 %	35 %	21 %

• Il est remarquable de noter que 35 % des enfants venus à la consultation sont d'âge scolaire (6 à 12 ans).

• Dans 24 % des cas, les enfants sont d'âge pré-scolaire.

• Dans 21 % des cas : il s'agit de jeunes adolescents.
• Dans 20 % des cas : ce sont de très jeunes enfants venus pour des tests.

3° *L'origine des enfants*

L'origine socio-professionnelle des parents donne des indications précieuses sur les conditions de vie de l'enfant.

Cette notion importante n'a pas toujours été notée avec précision et il n'a pas été possible de faire une répartition des enfants selon la profession du père et la présence de la mère au foyer ou son travail à l'extérieur.

Schématiquement nous avons remarqué :

— La fréquence accrue des troubles du comportement et de l'affectivité chez des enfants dont le milieu familial est perturbé par la carence d'autorité paternelle (éthylisme fréquent) ou la désunion des époux (instance ou divorce, séparation. Une débilité notoire des parents se retrouve souvent chez les enfants ;

— Il semble que dans les milieux modestes et peu informés, la consultation ait été conseillé par l'institutrice, l'assistance sociale ou le médecin traitant ;

— Dans les milieux de cadres, ou plus aisés ce sont les parents qui ont demandé une consultation spécialisée au médecin traitant ou au pédiatre qui suit l'enfant ;

— Les troubles psychiatriques de la mère ou du père sont générateurs de perturbations affectives chez leurs enfants, ceci se vérifie dans de très nombreux dossiers.

4° *La place dans la fratrie*

L'enfant réagit différemment suivant sa situation à l'intérieur de la famille, de même la conduite des parents est différente suivant la place de l'enfant dans la fratrie. Il est regrettable de noter que ces renseignements sont mal transcrits dans les observations.

Dans les consultations pour difficultés scolaires (120 dossiers), nous avons remarqué qu'il s'agit :

Dans 26 dossiers d'enfants aînés ;
Dans 24 dossiers d'enfants au milieu d'une fratrie ;
Dans 34 dossiers du dernier des enfants ;
Dans 19 dossiers d'un enfant unique ;
Dans 20 dossiers pas de renseignements précis.

L'enfant unique semble donc rencontrer moins de difficultés scolaires que les autres enfants, ceci s'explique

peut-être par le fait que les parents s'occupent plus attentivement de sa scolarité et ils s'alarment devant les échecs dans les matières étudiées. L'enfant est alors soumis à des leçons particulières pour pallier les mauvaises acquisitions.

Le dernier enfant présente plus fréquemment des problèmes scolaires. Peut-être s'agit-il d'une adaptation plus difficile au milieu scolaire du fait d'une dépendance affective plus étroite à sa mère qui serait moins exigeante pour les résultats de son dernier ?

Dans les consultations pour troubles du comportement (360 dossiers), l'analyse est rendue difficile par l'absence de renseignements précis sur la fratrie.

Il nous a semblé approximativement que l'enfant unique était plus souvent conduit chez le psychiatre pour des troubles des conduites que les autres enfants. Ensuite dans l'ordre viennent les aînés, puis les derniers, et enfin les enfants situés au milieu de la fratrie.

ETUDE DE CAS CLINIQUES

ANALYSE DE LA DEMANDE ET DU DIAGNOSTIC

Nous allons successivement examiner les différents types de problèmes qui amènent les parents à la consultation, les diagnostics découverts et les conduites à tenir proposées.

I. — LES PROBLEMES SCOLAIRES

— Dans les 1 200 dossiers, nous avons retrouvé 120 cas où les enfants étaient présentés au psychiatre pour la première fois et dont le motif de consultation était le mauvais rendement scolaire, sous forme de difficultés ou retards ou orientation scolaires.

Le chiffre peu élevé en apparence du nombre de consultants à ce sujet, résulte du fait que les enfants sont vus par des psychologues scolaires qui les orientent vers des classes de perfectionnement ou de rééducation sans l'avis du pédopsychiatre. Ceux qui sont invités à voir le psychiatre présentent des troubles du comportement associés aux difficultés scolaires.

— Le sexe de l'enfant : 50 filles pour 70 garçons.

Il semble que les parents soient moins tolérants devant les difficultés scolaires des garçons, ceci est peut-être dû à des facteurs d'ordre culturel (le garçon, futur chef de famille, doit avoir une bonne situation).

— L'âge se situe :

De 2 à 6 ans	8 cas
De 6 à 12 ans	72 cas
Après 12 ans	40 cas
	120 cas

— La décision de consulter se fait soit :

• Au cours d'une hospitalisation ou d'une consultation pour un bilan somatique, l'entretien découvre les difficultés ou le retard de l'enfant ;

• Ce sont les parents informés par l'instituteur, qui viennent à la consultation. Ils essaient souvent de nous confondre avec des psychotechniciens ou des conseillers psychologiques, et ces rationalisations leur permettent de se rassurer et d'avoir moins peur du psychiatre. Ils sont inquiets de la non-réussite de leur enfant, par rapport aux ambitions qu'ils projettent sur eux, sans tenir compte des possibilités de l'enfant. Si leurs impositions éducatives échouent, ils accusent volontiers l'instituteur et réclament d'abord auprès du pédiatre une cause somatique ;

• Les enfants venus à la consultation pour une orientation (10 cas) sont peu nombreux, ils présentent des troubles associés, organiques ou psychologiques qui dépassent le domaine des organismes chargés de l'orientation scolaire et professionnelle.

— La demande d'aide se fait après une période de maturation du conflit, en général après deux ou trois années d'échecs, s'il s'agit de difficultés réelles d'ordre structurel, plus tôt si les parents sont exigeants et cultivés.

— La façon de présenter le problème est différente selon les parents et selon la personne qui accompagne l'enfant : père ou mère.

— La plupart nous présentent les difficultés d'une façon assez objective, en termes de : mauvais rendement scolaire, difficultés de raisonnement, distrait et remuant, mauvaise mémoire, ne sait pas lire, est toujours fatigué...

— D'autres consultants assez agressifs, attribuent les difficultés surtout à la « mauvaise volonté », en disant : « l'enfant est intelligent mais a mauvais caractère, désobéissant, têtu, menteur, paresseux, distrait, turbulant, coléreux... ».

— Certains expriment l'échec de façon plus anxieuse, en rendant responsable la « nervosité » de l'enfant : « c'est un grand nerveux, timide, jaloux, lent, vite fatigué... ».

• Mais souvent les parents ont une attitude ambivalente : les difficultés résultent à la fois et suivant les périodes, de la mauvaise volonté et de la nervosité.

— Dans tous les cas, la non-réussite scolaire est vécue par les parents, d'un point de vue très affectif. Ils

réagissent par l'anxiété, l'agressivité, la culpabilité et les projections.

— Des symptômes associés sont retrouvés dans le récit spontané des parents. On trouve :

• Dans 55 dossiers, des plaintes concernant des troubles de type « mauvaise conduite » : paresse, mensonge, larcin, instabilité, colère, désobéissance.

• Dans 60 dossiers, des troubles du type « nervosité » : fatigabilité, inattention, puérilité, troubles du sommeil, bégaiement, onychophagies, tics.

• Dans 25 dossiers, il existe une énurésie primitive continue ou épisodique.

• Dans 20 dossiers, des difficultés alimentaires (anorexie).

— Les diagnostics évoqués à la suite de la consultation se distribuent schématiquement ainsi :

I. — Syndromes de type réactionnel et psychonévrotique dans 65 dossiers soit 54,5 %.

II. — Retards intellectuels et moteurs dans 30 dossiers soit 25 %.

III. — Difficultés instrumentales dans 25 dossiers soit 20,5 %.

Les difficultés et les retards scolaires ont des étiologies diverses qu'il convient de dépister (débilité, dyslexie, troubles sensoriels, troubles du comportement, inhibitions affectives...).

L'échec scolaire relève le plus souvent de troubles réactionnels simples, plus rarement de troubles névrotiques vrais (6 cas observés dans les 65 dossiers). Il s'accompagne d'un cortège de symtômes : anorexie, gaucherie, anxiété, phobie de l'école, troubles du sommeil, instabilité.

Les difficultés se rencontrent particulièrement soit au moment des acquisitions de base, soit plus tard, vers dix ans. L'échec peut être global ou électif sur la lecture, l'écriture, ou le calcul.

• L'échec au cours préparatoire peut être en rapport avec une déficience intellectuelle, il persistera ultérieurement, tandis que chez l'enfant intellectuel normal, le retard pourra être comblé ou se limiter à une matière comme conséquence des mauvaises acquisitions de base. Le jeune enfant qui entre à l'école, se trouve dans l'obligation d'accepter les normes éducatives. Du point de vue

affectif il vit une séparation du milieu familial avec la nécessité de s'adapter à un nouveau groupe.

- Entre huit et dix ans, il s'agit surtout d'un échec global, parfois imputable à des mauvaises conditions pédagogiques, le plus souvent, en rapport avec des facteurs d'ordre physique et psychopathologique.
- Le passage en classe de sixième réalise un changement profond. C. Launay note que la plupart des enfants qui échouent sont pris dans un cercle vicieux et quelle soit la cause initiale, le fait d'échouer entraîne habituellement chez eux des réactions qui dépendent surtout de leur caractère : apathie, turbulence, instabilité opposition. Ces réactions risquent de maintenir et d'aggraver l'échec, il est important d'y remédier car l'avenir social et professionnel est en jeu.

Selon Rouart et Ajuriaguerra, les enfants envoyés en consultation doivent être considérés « comme des sujets présentant des entraves à l'acquisition des connaissances générales ou électives ou des troubles de l'utilisation des acquis. Le problème scolaire n'est souvent que la manifestation d'un désordre de la personnalité ». Il peut s'agir soit d'un refus scolaire franc, soit d'un refus passif, soit d'un syndrome d'inhibition intellectuelle, ou de troubles du caractère.

Les difficultés instrumentales (dyslexie, dysorthographie) sont constatées dans 25 cas.

Il est intéressant de noter que dans 20 dossiers le motif de la consultation est le mauvais rendement scolaire. Les parents considérant par exemple les inversions de syllabes, comme de l'inattention ou de la mauvaise volonté, alors que l'examen psychologique met en évidence une dyslexie et une dysorthographie évidente avec des troubles de la latéralisation et du schéma corporel.

Ces déficiences instrumentales peuvent être considérées comme un problème de maturation, mais aussi comme une conséquence de facteurs émotionnels et affectifs qui compliquent les relations de l'enfant avec ses éducateurs.

L'indication d'une rééducation spécialisée doit être précoce souvent associée à une aide psychothérapique.

En conclusion, il nous semble que la plupart des difficultés d'apprentissage et troubles du comportement scolaire qui motivent la consultation sont dus à des perturbations affectives. Même lorsqu'il s'agit de déficits

moteurs, intellectuels, instrumentaux, les parents réagissent émotionnellement et ainsi s'organise un conflit ouvert entre enfant et parent, ce qui les amène souvent à envisager les troubles comme étant une « mauvaise conduite ».

Au moment où les parents décident de consulter le psychiatre, les difficultés sont considérées plutôt comme une sorte de « maladie nerveuse ». Mais ils ne peuvent s'empêcher de manifester leur agressivité ou leur anxiété devant l'échec en insistant surtout sur les aspects du comportement de l'enfant qu'ils considèrent comme une mauvaise conduite.

II. — LES RETARDS DE DEVELOPPEMENT

Ces retards se retrouvent dans 330 dossiers.

Troubles sensoriels : 14 dossiers.

Le petit nombre de consultations pour troubles sensoriels (surdité, complète ou partielle, mutité, amblyopie, cécité) tient au fait que ces enfants handicapés sont vus dans des organismes spécialisés. Dans trois observations, nous avons noté la découverte tardive du déficit au cours de la consultation.

Retard staturo-pondéral : 64 dossiers.

Un examen psychologique s'intègre dans le bilan somatique et explore les perturbations éventuelles du schéma corporel et de la personnalité.

Troubles du langage, retards et anomalies : 45 dossiers.

Ces enfants sont adressés à la consultation souvent sur les conseils d'une institutrice en début de scolarité. Ces troubles sont d'origine diverse malformative, lésionnelle, fonctionnelle. Ils sont présentés par les parents comme : « défaut de prononciation, parle peu, dit des mots que seule la mère comprend »...

- Les troubles d'étiologie connue sont des troubles de l'articulation, ou liés à un déficit de l'audition, ou à des lésions cérébrales évidentes.
- Les troubles d'étiologie mal définie regroupent les retards de parole, les retards simples de langage, les dyslexie, les bégaiements.

Les retards psychomoteurs : 156 dossiers.

Les retards intellectuels global : 51 dossiers.

Soit au total 207 cas.

Dans ce groupe, les enfants ne sont pas présentés par les parents comme « anormaux » mais comme des enfants en retard.

L'examen des 330 dossiers pour retards de développement montre une proportion de 41 % de filles et de 59 % de garçons.

L'âge de ces enfants se situe :
De 0 à 2 ans : 33,5 %
De 2 à 6 ans : 24 %
De 6 à 12 ans : 32,5 %
Après 12 ans : 9 %
(retard psycho-moteur)
(retard global)
(retard intellectuel)
(déficit intellectuel)

C'est souvent la mère seule qui amène l'enfant, elle est manifestement anxieuse. La décision de consulter paraît être liée à l'angoisse des parents devant la constatation du retard. Ils exigent des bilans afin de déceler des causes médicales et espèrent parfois démesurément une guérison. Ils éprouvent plus ou moins consciemment des sentiments de culpabilité comme s'il s'agissait d'une tare transmise.

La mère expose le motif de consultation en terme de retard du langage, ou de retard des attitudes motrices ou des mouvements, de la station assise et de la marche, de la coordination des mouvements.

Ces plaintes sont d'autant plus précoces que la mère envisagé par la mère comme une maladie.
a d'autres enfants comme référence. Le problème est

Les symptômes associés concernent surtout les aspects moteurs et affectifs du retard, par ordre de fréquence : l'instabilité, les troubles du sommeil, les difficultés alimentaires, énurésie, encoprésie. Tous ces troubles paraissent liés à « la maladie » élaborée par la mère au contraire de ce qui arrive dans les autres cas, où ces symptômes sont cités seulement à titre de complément d'information détaché du problème central.

Le diagnostic correspond en général aux plaintes des parents presque tous ces enfants présentent un retard intellectuel, moteur ou affectif. Ces enfants sont souvent ramenés à la consultation pour des tests afin de suivre leur évolution. Un placement en Centre Spécialisé et une aide psychothérapique aux parents peuvent être proposés dans certains cas.

III. — LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE L'AFFECTIVITE : 360 dossiers.

Ils sont très divers et d'importance variable. Il s'agit soit de troubles réactionnels sous forme de manifestations d'intolérance aux conditions affectives et de milieu, soit de symptômes d'une organisation pathologique, névrotique ou psychotique de la personnalité. Les adultes et en particulier les parents les tolèrent mal. Ils viennent demander un avis après des tentatives pour les résoudre.

Nous envisageons successivement :

1° *Les troubles de conduite* (67 dossiers)

Les troubles caractériels et du comportement se rencontrent dans 67 dossiers. Tous les degrés peuvent s'observer depuis les colères et les réactions caractérielles mineures aux actes plus graves et à la délinquance. La tolérance du milieu est ici éminemment variable. L'enfant est inadapté au milieu où il vit. Ce milieu pouvant être normal ou nettement pathologique.

L'étude des antécédents permet de souligner dans un tiers des cas, la séparation de l'enfant du milieu familial pendant un certain temps à cause d'une maladie de l'absence des parents.

Dans la moitié des dossiers, il existe des troubles psychopathiques variables du père ou de la mère (épisodes dépressifs, alcoolisme).

Il y a 40 garçons et 27 filles.

L'âge varie entre 3 et 16 ans.

De 3 à 6 ans : 10 cas (7 garçons, 3 filles).

De 7 à 10 ans : 21 cas (11 garçons, 10 filles).

De 11 à 16 ans : 36 cas (22 garçons, 14 filles).

Le plus souvent les mères viennent seules. Elles demandent toujours une première consultation urgente mais elles manquent aux consultations suivantes.

Elles ont l'air d'être très pressées, parlent avec excitation et expriment leur désarroi par des expressions

comme « je ne sais plus quoi faire, j'ai tout essayé, les paroles, les menaces, les punitions ». Elles paraissent très troublées par des situations de divorce ou par les troubles du conjoint qu'elles accusent d'ivresse, d'infidélité, et d'avoir mauvais caractère. Elles sont souvent subdépressives et leur récit ravive des larmes d'émotion. Elles se montrent très agressives et même quand elles arrivent à manifester leur culpabilité et à s'accuser de quelques erreurs d'éducation, elles reprennent aussitôt le même ton agressif. Elles parlent sans cesse et n'écoutent rien de ce que nous voudrions leur dire.

On a l'impression que la consultation a pour but d'obtenir une sorte de punition psychiatrique qui puisse compenser leur perte d'autorité devant l'enfant.

Toutes les mères attribuent le trouble au mauvais caractère de l'enfant, à une sorte de « maladie du caractère » héritée ou communiquée par le père. Leur attitude vis-à-vis du psychiatre est ambivalente, elles semblent voir en lui un personnage capable d'imposer une autorité parentale.

La décision de consulter a été due au hasard d'une information ou à la suite d'une plainte de l'école.

Les parents ne sont en général, pas d'accord sur cette consultation, l'un et l'autre s'accusant mutuellement d'être responsable de la conduite de l'enfant, « Mon mari dit que c'est moi qui devrait venir chez le psychiatre, mais je pense que c'est lui le fou ».

Le récit de tous les consultants est rempli de plusieurs de ces expressions « trop de personnalité, autoritaire, irritable, turbulent, difficile, inadapté, têtu, maître chanteur, désobéissant, coléreux, mauvais caractère, mauvais instints, vicieux, se croit quelqu'un, n'écoute rien, paraît avoir envie de tuer, paresseux, agressif, peur de rien, saccageur, ne veut pas travailler ».

L'enfant est encore accusé de menus larcins, de mensonges et de paresse.

Les symptômes retrouvés dans le récit sont :

— Difficultés scolaires . . . . . 42 cas
— Difficultés d'alimentation . . . . . 18 cas
— Terreurs nocturnes . . . . . 10 cas
— Tics, phobies . . . . . 8 cas
— Enurésie . . . . . 15 cas

Les diagnostics évoqués :

— dans 25 cas, les troubles pouvaient être considérés comme réactionnels, susceptibles de s'améliorer par des aménagements de milieu, de conseils aux parents en dédramatisant la situation ;

— dans 42 cas, on pouvait craindre une psychonévrose constituée ou en voie d'organisation. La prise en charge psychothérapique de l'enfant et de sa famille était indispensable.

La suite de ces cas est souvent décevante, les consultants n'obtenant pas de nous ce qu'ils attendaient fuient la relation, malgré toutes les affirmations spontanées et vibrantes de soumission à nos décisions. Dans d'autres cas, dès l'amélioration des symptômes les plus bruyants la psychothérapie est abandonnée sous le prétexte de faute de temps. Parfois, après avoir donné des conseils pratiques, nous demandons à revoir l'enfant après quelques mois, pour suivre son évolution.

2° *Les troubles de l'alimentation* (61 dossiers)

Nous groupons ici les cas présentés par les parents, ayant comme motif de consultation les difficultés qu'éprouvent les mères à faire accepter leurs impositions alimentaires.

Il s'agit de 29 garçons et 32 filles.

Ces anorexies s'observent :

De 1 à 3 ans	4 cas
De 4 à 7 ans	43 cas
De 7 à 14 ans	14 cas

Les parents font débuter les troubles :

Avant 6 mois	35 cas
Entre 6 et 12 mois	9 cas
Après 1 an	17 cas

On peut conclure que le conflit est en général précoce mais c'est vers 4 ans qu'il prend le plus d'importance.

La mère accompagne seule l'enfant, elle est assez anxieuse quand il s'agit d'une enfant de moins de 5 ans, assez agressive après cet âge, le plus souvent ambivalente envers le psychiatre qui est cependant bien accepté, parce qu'elle a tout essayé et qu'elle se sent dépassée.

La décision de consulter résulte d'une situation intolérable que le pédiatre n'arrive pas à résoudre, car l'état général de l'enfant n'est pas mauvais.

La façon d'exposer ses plaintes est très caractéristi-

que chez les mères d'anorexiques. Elles parlent de nervosité, de petit appétit, de méchanceté, de mauvaises habitudes, de vomissements, de caprices.

Elles envisagent le problème soit comme une conduite dans 32 cas (enfant mal élevé, têtu, méchant) qui est ressentie comme :

Opposition .. .. 18 cas
Méchanceté .. .. 9 cas
Mauvaise éducation .. .. 5 cas

soit comme une maladie dans 29 cas, expliquée par :

La nervosité .. .. 10 cas
La maladie physique .. .. 19 cas

Souvent le motif de la consultation : anorexie est associé au négativisme, à la turbulence, à l'anxiété, aux vomissements ; d'autres plaintes se retrouvent fréquemment : trouble des conduites, difficultés scolaires, troubles du sommeil, énurésie, bégaiement.

Le diagnostic :

Les difficultés alimentaires ne sont pas une maladie, un syndrome ou un symptôme mais le conflit lui-même. Dans ce conflit alimentaire, la mère et l'enfant participent à part égale ; les réactions et contre-réactions se vérifient chez l'un et l'autre à la fois. Ces enfants présentent aussi des symptômes réactionnels associés et simples.

L'évolution est en général favorable si la mère accepte de collaborer et de prendre conscience du problème ; si elles sont incapables dans l'immédiat de renoncer à leurs injonctions, du moins ultérieurement, elles évitent l'aggravation du conflit. Dans les cas graves de dénutrition, l'enfant peut être séparé temporairement du milieu familial.

Remarque :

Nous n'avons trouvé que 6 dossiers concernant l'obésité, il ne nous est pas possible d'en tirer des conclusions valables. Une seule remarque c'est la fréquence (5 dossiers) d'une suralimentation imposée à l'enfant depuis son jeune âge.

3° *Les troubles du sommeil* (40 dossiers).

Les troubles du sommeil de type insomnie ou sommeil agité apparaissent rarement comme motif exclusif de consultation. Ces troubles sont en général liés à d'au-

tres troubles, spécialement aux phobies, aux peurs et aux crises d'angoisse.

Nous étudierons seulement les terreurs nocturnes dans 35 dossiers.

— Le symptôme est soit présenté seul comme motif de consultation ou associé à d'autres motifs : nervosité, agitation.

— Le plus souvent, ces troubles sont cités, le motif de consultation étant : difficultés scolaires, énurésie, asthme, obsession.

— Parfois le symptôme bien qu'actuel n'apparaît pas dans les plaintes spontanées.

Le sexe

Il y a 25 garçons et 10 filles.

L'âge

De 1 à 6 ans	6 cas
De 6 à 11 ans	22 cas
De 12 à 15 ans	7 cas

Le début des troubles est signalé :

Avant 3 ans	15 cas
De 3 à 10 ans	17 cas
De 10 à 13 ans	3 cas

Les mères sont très anxieuses, car elles considèrent les terreurs nocturnes comme une manifestation de nervosité assez inquiétante, comme s'il s'agissait d'un « trouble ou de maladie mentale ».

Les symptômes associés sont la nervosité, le bégaiement, les tics, les cauchemars, les allergies, les vomissements.

— La décision de consulter résulte du caractère aigu que prend le symptôme aux yeux des parents. Les mères décrivent le trouble de façon dramatique « hallucinations, cris, pleurs, inconscience, rêves terrifiants, c'est un enfant impressionable ».

Le diagnostic. Les terreurs nocturnes s'intégrent dans d'autres troubles anxieux, particulièrement fréquents chez les enfants affectivement retardés ou en insécurité. Les parents les considérant comme un trouble accidentel qu'ils cherchent à oublier ou à scotomiser.

Les mères sont soulagées par l'entretien et administrent consciencieusement le sirop sédatif pour la nuit. Le plus souvent le symptôme s'efface rapidement.

4° *Enurésie Encropésie* (65 dossiers).

L'énurésie (54 dossiers)

Il s'agit dans 48 cas d'énurésie primaire et dans 6 cas d'énurésie secondaire.

• Dans 18 cas l'énurésie est le seul symptôme chez 10 garçons et 8 filles.

• Dans 24 cas (16 garçons et 8 filles), les enfants sont conduits à la consultation pour d'autres motifs :

— difficultés scolaires,
— troubles du comportement légers,
— nervosité,
— trouble du sommeil.

• Dans 12 cas (11 garçons, 1 fille) l'énurésie est présentée comme un des symptômes importants ayant motivé la consultation :

— encroprésie,
— turbulence,
— asthme,
— tic.

Dans ces cas l'énurésie apparaît comme grave.

Il est intéressant de noter la nette prédominance des garçons (37 garçons, 17 filles).

La fréquence en fonction de l'âge :

De 3 à 6 ans . . . . . 14 cas
De 7 à 11 ans . . . . . 30 cas
De 12 à 15 ans . . . . . 10 cas

Il nous semble que :

— L'énurésie est aussi fréquente chez le garçon que chez la fille avant l'âge de 7 ans, la fréquence de consultation à cet âge est à peu près semblable.

— Mais que le symptôme disparaisse plus tôt chez le garçon et soit mieux toléré chez la fille.

— Les garçons énurétiques apparaissent plus souvent dans les consultations psychiatriques parce que le symtôme persiste plus longtemps et est mal toléré.

— La mère accompagne l'enfant. Elles se montrent agressives si elles considèrent l'énurésie comme un comportement associé aux mauvaises habitudes. Pour d'autres il s'agit d'une maladie vaguement héréditaire.

Les parents acceptent facilement de consulter car d'une part ils ont tout essayé et d'autre part, ils ne se sentent pas impliqués dans la conduite de l'enfant.

A partir du moment où ils ont décidé de consulter, ils modifient leur opinion et la mauvaise habitude est envisagée alors comme une sorte de maladie nerveuse, ce qui leur permet de déplacer sur les psychiatres la responsabilité de la guérison. A ce moment-là, ils regrettent les punitions infligées et se sentent coupables.

Le diagnostic

Dans les cas où seul le symptôme est en cause, ou associé à des troubles légers, on porte le diagnostic général de troubles réactionnels de bon pronostic.

Lorsque l'énurésie s'associe à d'autres symptômes chez un grand enfant, on évoque la possibilité d'une psychonévrose.

L'évolution des formes réactionnelles est souvent favorable sous l'effet d'une psychothérapie de soutien (dédramatisation de la situation, déculpabilisation de l'enfant rendu coopérant à la thérapeutique.

L'essai d'un traitement par Imipramine associé à des conseils donne de bons résultats.

Encoprésie (9 dossiers)

Elle est plus rarement retrouvée comme motif principal de consultation dans 7 cas il s'agit de garçons, dans 2 cas de filles.

Ce symptôme est souvent associé à une énurésie diurne et nocturne et à un retard affectif.

Les parents sont très culpabilisés et assez agressifs, tandis qu'en apparence l'enfant paraît inconscient de sa malpropreté.

Le petit nombre de dossiers ne permet pas de faire des remarques particulières.

5° *Les perturbations affectives* (51 dossiers)

Dans ce chapitre, nous avons regroupés :

1) Les syndromes d'angoisse : 36 dossiers.
2) Les plaintes diverses : tics, bégaiement, traumatisme affectif.

Les syndromes d'angoisse ont un caractère aigu et dramatique pour l'enfant et sa famille qui demande une consultation d'urgence.

Nous avons trouvé dans les 36 dossiers, 20 garçons et 16 filles.

Les âges sont divers entre 10 et 12 ans au maximum.

Les mères accompagent les enfants et manifestent ouvertement leur anxiété, devant la soudaineté ou l'im-

portance des troubles. Ce qui caractérise le récit est l'adhérence complète aux symptômes : « c'est tout à fait comme moi, j'avais les mêmes crises ».

Le tableau est décrit en termes variables « il a peur de tout depuis quelques temps, il ne veut plus dormir seul, il a peur d'aller à l'école, de quitter sa mère, de perdre son père. Il est angoissé, pâle, tremblant, il ne peut plus avaler, il a des nausées... ».

Pour la mère, le début des troubles est précis : l'entrée à l'école, le conflit entre les parents, un accident dont l'enfant a été victime ou spectateur, une intervention chirurgicale, une maladie bénigne traitée par antibiotiques...

La plupart des parents considèrent qu'il s'agit d'une maladie. D'autres se méfient de certains symptômes qui leur semblent être du chantage. Les parents se plaignent spontanément d'autres troubles : instabilité, manque d'appétit, vomissements, tics, énurésie, bégaiements onychophagie. Mais, par rapport côté dramatique du tableau clinique, ces symptômes n'attirent pas l'attention des parents.

L'entretien révèle des antécédents énurétiques avec des troubles de sommeil à type d'insomnie, cauchemars, grincements de dents, somnanbulismes.

Les diagnostics portés.

- Dans 19 cas : syndromes réactionnels, de bon pronostic, survenant à l'occasion d'un conflit, d'une frustation, de difficultés scolaires liées à l'anxiété.
- Dans 6 cas : il s'agissait de phobies.
- Dans 11 cas : le tableau clinique traduisait la décompensation d'une psychonévrose, plus ou moins structurée.

L'évolution, après quelques séances de psychothérapie et d'entretiens, se fait vers le soulagement et la disparition de la crise.

Les parents et les enfants restent affectivement attachés au médecin. Ils reviennent pour donner des nouvelles ou si une nouvelle crise éclate. Le pronostic dépend de la structure sous-jacente et de l'acceptation d'une aide psychotérapique.

6° *Les manifestations hystériques* (44 dossiers).

Ce sont des motifs de consultation que l'on retrouve dans 44 dossiers avec 18 garçons et 26 filles.

La répartition en fonction de l'âge et du sexe se fait ainsi :

De 6 à 9 ans : 7 filles, 4 garçons .

De 10 à 13 ans : 13 filles, 8 garçons.

De 13 à 15 ans : 6 filles, 6 garçons.

Les manifestations hystériques sont diverses :

— Certaines sont mineures, labiles, réductibles et fréquentes avant l'âge de 10 ans. Ce sont des crises nerveuses avec agitations, des douleurs abdominales, des céphalées. Elles correspondent à une simple exagération de l'hystérie physiologique de l'enfant.

— D'autres sont plus organisées, plus durables et se voient surtout après la dixième année. Ce sont des troubles paroxystiques (crises de nerfs, de larmes, perte de connaissance, chutes), des phénomènes de conversion (paralysies céphalées, dypnée, des difficultés scolaires sous forme d'inhibition, troubles du sommeil, déficit sensoriel).

Les parents et souvent la mère seule, expriment leur anxiété avec vivacité, et révèlent des préoccupations hypocondriaques ou obsessionnelles fréquentes. Les enfants sont vus et soignés par les médecins. Si les symptômes ne s'améliorent pas ou ont tendance à s'aggraver, les parents envisagent la possibilité d'une origine « nerveuse » à la maladie de l'enfant.

A travers les plaintes des parents, nous pouvons déceler les circonstances déclenchantes : l'accident hystérique doit servir à quelque chose, attirer l'attention de l'entourage, se faire aimer par sa mère, trouver une solution à un conflit familial ou scolaire.

Parfois, il existe une affection organique (tétanie, épilepsie, mégacolon...). Dans ces cas, la répétition des examens médicaux et des interrogatoires peut induire de véritables accidents.

Dans d'autres cas, la manifestation hystérique est une réaction d'imitation d'un trouble vu chez une personne de l'entourage.

Les diagnostics proposés :

— Dans 33 cas, les manifestations hystériques peuvent être considérées comme des réactions bénignes de bon pronostic immédiat et lointain, les conseils aux parents, la dédramatisation, le rassurement et la suppression des bénéfices secondaires suffisent à apaiser l'émotion familiale. L'isolement transitoire du milieu favori-

sant peut-être indiqué. Si l'anxiété de la mère est importante, il faut lui conseiller de voir son médecin traitant et un psychiatre, si cela est nécessaire.

— Dans 11 cas, la symtomatologie correspond à des formes plus sévères (anorexie des adolescents, troubles de conversions structurés). Le diagnostic de structure névrotique ou pré-psychotique peut-être avancé. Une psychothérapie ou un psychodrame est proposé pour l'enfant. Les parents étant de leur côté pris également en charge, le pronostic est réservé.

7° *Les conduites suicidaires* (20 dossiers).

Remarque :

Dans cinq dossiers, il nous a semblé que l'acte relevait plutôt d'une intoxication médicamenteuse accidentelle que d'une véritable tentative de suicide, ces enfants sont âgés de moins de 8 ans ils présentent des troubles caractériels. Dans 2 cas, l'imprudence des parents semble rseponsable de l'accident.

Dans les quinze dossiers restant il y a 6 filles et 9 garçons.

L'âge en fonction du sexe, on trouve :

De 8 à 10 ans : 2 cas, (un garçon, une fille).

De 10 à 12 ans : 8 cas, (5 garçons, 3 filles).

Après 13 ans : 5 cas, (3 garçons, 2 filles).

Dans 14 cas le moyen utilisé est l'intoxication médicamenteuse (médicaments pris par les parents : aspirine, antidépresseurs, tranquillisants, ou prescrits à l'enfant : gardénal).

Dans un cas l'enfant de 10 ans a fait une fugue avec l'intention de se noyer dans une rivière loin de sa maison.

L'entretien avec les enfants, après la période de réanimation ne permet pas toujours d'expliciter les motivations. On retrouve :

— dans 5 cas : des difficultés en classe avec de mauvaises notes, la peur d'une punition, la certitude de ne plus être aimé par les siens ou d'être moins aimé que ses frères et sœurs ;

— dans 4 cas : apparaît une recherche métaphysique « je voulais savoir où on allait quand on était mort, au ciel ou en enfer ». Un sentiment d'insécurité et d'incompréhension, des difficultés de communication avec les adultes se rencontrent chez les grands enfants ;

— dans 6 cas : l'acte apparaît comme une représaille

de l'enfantcontre ses parents après une réprimande. Il a la signification d'un chantage affectif.

Les parents sont bouleversés et très angoissés par cette catastrophe dans leur vie. Ils ne comprennent pas que leur enfant ait pu commettre un tel geste. Ils sont très culpabilisés et accusent comme responsables : la fatigue, la nervosité, ou une maladie.

Dans 13 dossiers, nous retrouvons un mauvais climat familial (mésentente, alcoolisme, père autoritaire, ou parents abandonniques).

Le diagnostic : le plus souvent le passage s'inscrit dans un état mélancoloïde avec un malaise indéfinissable, une impulsivité et une hyperémotivité anxieuse.

- Dans 9 cas, nous observons une dépression réactionnelle à une malformation physique, à un conflit familial ou scolaire.
- Dans 2 cas, la tentative apparaît comme une conduite de jeu.
- Dans 3 cas, les enfants présentent des symptômes de psychonévrose avérée (un enfant ayant récidivé 3 fois).
- Dans 1 cas, une évolution psychotique se poursuivait depuis quelques mois.

L'état émotionnel étant appaisé la dédramatisation de la situation, l'évolution reste favorable et les récidives sont rares.

IV. — LE BILAN D'UN ENFANT MALADE

Les pédiatres nous demandent d'évaluer :

— Le retentissement psychologique de la maladie chronique sur la structuration de la personnalité et les incidences lointaines.

— La part psychologique dans la genèse et l'expression des troubles psychomatiques.

— La mesure d'une éventuelle détérioration mentale au décours d'une maladie.

— La surveillance de l'enfant pour prévenir les désordres affectifs inhérents à l'état de maladie au long cours.

— La signification des symptômes observés au cours d'une hospitalisation pour une maladie intercurrente, le pédiatre s'inquiéte des troubles du comportement de l'enfant et entrevoit les anomalies du milieu familial qui tolère des perturbations importantes sans s'émouvoir.

L'hospitalisation d'un enfant entraîne des réactions (pleurs, cris crise de nerfs au moment de la séparation ou des réactions qui surviennent au cours du séjour (refus de manger, aboulie, apathie, tristesse, troubles du sommeil, régression sphinctérienne, état dépressif, troubles du comportement).

Ces types de réaction dépendent de l'âge, de la durée d'hospitalisation, de la personnalité de l'enfant, de la maladie et de la réaction des parents à la maladie et à l'hospitalisation.

Les conséquences de ces réactions peuvent être atténuées par la préparation psychologique de l'enfant, l'attitude bienveillante et chaleureuse du personnel infirmier, l'aménagement des locaux, et enfin, l'aide aux parents pour qu'ils supportent la maladie de l'enfant, les traitements et parfois un pronostic redoutable.

Les enfants physiquement malades et handicapés physiques subissent des perturbations graves dans leur vécu corporel et émotionnel. Parfois, il se crée une sur-

protection des parents qui complique l'adaptation de l'enfant à la vie sociale.

La consultation de psychiatrie permet de donner notre avis au pédiatre sur le retentissement psychologique de la maladie, des conseils aux parents, d'indiquer une psychotérapie ou un éloignement transitoire d'un milieu familial peu structurant par excès de sollicitude et de culpabilité (mise de l'enfant dans un établissement spécialisé pour sa maladie ou son handicap afin qu'il acquière une autonomie vitale.

CONCLUSIONS GENERALES

La progression satisfaisante du nombre des consultations témoigne de l'intérêt et de l'utilité de son travail (dépistage, diagnostic, orientation). Il serait peut-être intéressant de pouvoir assumer des psychotérapies et rééducation. Ainsi, nous pourrions suivre le devenir de ces enfants.

— *La demande* émane des divers services des cliniques infantiles et des médecins de la ville. Parfois, les parents inquiets viennent nous consulter sur les conseils des instituteurs ou de parents satisfaits de notre intervention auprès de leurs enfants.

— *Les diagnostics trouvés en fonction des demandes des parents.* Nous avons étudié la position des parents à travers les principaux motifs de consultation. Ils nous semblent qu'ils se plaignent beaucoup de troubles banals et réactionnels et peu de vraies maladies ou de symptômes graves. Ils viennent surtout pour des conflits (mauvais rendement scolaire, mauvaises conduites, refus de manger) plus que pour des retards, des névroses, des psychoses décelés par le pédiatre. Ils s'inquiètent plus des symptômes que des inhibitions.

— *L'âge des enfants* que nous voyons varie selon la plainte des parents. Les jeunes enfants de 0 à 6 ans sont amenés pour des troubles de développement moteur et intellectuel.

De 6 à 12 ans, les parents se plaignent surtout des difficultés scolaires et de troubles des conduites.

Après 12 ans, les enfants présentent des troubles du comportement, des problèmes d'orientation scolaire.

— *Le déroulement de la consultation* de psychiatrie en plusieurs temps permet d'apprécier comment est vécu le conflit par les parents et par l'enfant.

De la rencontre, parents-psychiatre et psychiatre-enfant dépend la réussite de la consultation et l'acceptation des indications thérapeutiques.

— *Le diagnostic* est une sorte de synthèse, de l'état physique de l'enfant, des éléments et des plaintes apportés par les parents et enfin, de la connaissance que nous avons de l'enfant par l'entretien, les dessins et les tests.

— *L'orientation thérapeutique :* la compréhension de la situation où s'affrontent parents et enfants nous permet de donner des conseils et des directives afin d'améliorer leurs relations dans la vie quotidienne. Des entretiens sont proposés aux parents et aux enfants et très vite, en quelques semaines, le conflit s'apaise.

L'indication d'une véritable prise en charge psychothérapique (de type analytique, psychodrame), est relativement rare par rapport au nombre de consultations.

Nous conclurons sur l'efficacité de l'approche pluridisciplinaire de la connaissance de l'enfant et de ses difficultés dans la famille et à l'école. Des relations étroites et intelligentes entre pédiatre, psychiatre, psychologue, et assistantes sociales permettent d'envisager et de réaliser les meilleures solutions thérapeutiques pour l'enfant et ses parents.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le 25 novembre 1971

Le Président de l'Université

Paul Sabatier

Pr LARENG

BIBLIOGRAPHIE

1. AJURIAGUERRA (J. de). — Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson et Cie, Paris 1970.
2. AJURIAGUERRA (J. de). — Problèmes posés par le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. In le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. 3-11 Masson et Cie, Paris 1967.
3. AJURIAGUERRA (J. de). — Les bases théroriques des troubles psychomoteurs de la rééducation psychomotrice chez l'enfant. Méd. et Hyp., 1961, *19*, 801-804.
4. AJURIAGUERRA (J. de), INHELDER (B.), JAEGGI (A.), ROTH (S.), STIRLIN (JM). — Les troubles de l'organisation et de la désorganisation intellectuelle chez les enfants psychotiques. Psychiat. Enfant, 1969, *12*/2.
5. AMADO (G.). — Prévention et traitement par le pédiatre des troubles psychosomatiques. Rev. Neuropsychiat. infant., 1965, *13*/12, 851-857.
6. CHILAND (C.), COPPEL (L.), COUMES (F.), DIATKINE (R.), GABEL (M.). — Renseignements épidémiologiques fournis par l'étude longitudinale d'une groupe d'enfants des écoles du 13e arrondissement de Paris, Bulletin de L'I.N.S.E.R.M., 1966, *21*, 455-466.
7. BERGE (A.). — Psychanalyse et prophylaxie mentale, in Psychanalyse d'aujourd'hui. Vol. II, Paris P.U.F. 1956 691-722.
8. BOREL-MAISONNY (S.). — Les troubles de la parole. In le langage Encyclopédie de la Pléiade, R. F. Paris, 1968.
9. DIATKINE (R.). — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. Psychiat. Enfant, 1967, *10*, 2-42.
10. FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant. Gallimard Paris, 1968, Original : International Universit. Press Inc., 1965.
11. FREUD (A.). — Le traitement psychanalytique des enfants. P.U.F., Paris, 1951.
12. FERRARI (P.). — Données diverses fournies par l'étude statistique du fonctionnement de la clinique de Neuropsychiatrie. Thèse n° 999, Paris, 1962.
13. HECAEN (H.), AJURIAGUERRA (J. de). — Les gauchers P.U.F., Paris 1963.
14. HEUYER (G.), LEBOVICI (S.), GIABICANI. — Le sens de la mort chez l'enfant. Ann. Méd. Psychol. 1954, *1*, 241.
15. HEUYER (G.). — Aspects psychiatriques des encéphalopathies infantiles. Rev. Neuro-psychiat. 1955, *3*, 7-8.
16. JACQUEY (B.). — Etude critique du rôle d'une consultation de Neuro-psychiatrie infantile dans un hôpital d'enfants. Thèse n° 770, Paris, 1964.

17. KLEIN (M.). — La psychanalyse des enfants. P.U.F. Paris 1959.
18. KOUPERNIK (C.). — Indications des traitements biologiques et médicaments en psychiatrie infantile. In Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. Masson et Cie, Paris 1967, 13-31.
19. KOUPERNIK (C.), BAILLY (R.). — Développement neuropsychique du nourrisson P.U.F. Paris 1969.
20. KREISLER (L.), FAIN (M.), SOULE (M.). — La clinique psychosomatique de l'enfant. A propos des troubles fonctionnels du nourrisson, coliques idiopathiques, insomnie, merycisme, anorexie, vomissements. Psychiat. Enfant 1966, *9*, 89-222.
21. LAUNAY Cl.). — Anorexie mentale des grands enfants et des adolescents. Gaz. Med. France, 1955, 62, 177.
22. LAUNAY (Cl.). — Le bégaiement. Bull. Soc. Alfred-Binet et Théodore-Simon, 1964, 64/6, 185-198.
23. LAUNAY (Cl.). — Les retards d'élaboration du langage. Pr. med., 1965, 73, 421-424.
24. LAUNAY (Cl.). — L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. Rev., Prat., 1964, *14*/11, 1473-1480.
25. LAUNAY (Cl.). — Fugues d'écolier et phobies scolaires. Rev. du Prat., 1962, *12*, 2531-2541.
26. LEBOVICI (S.), DIATKRINE (R.), WASSEF (R.). — L'action du psychiatre d'enfants auprès des parents. Sauvegarde de l'enfant, Fr., 1951, *6*, 483-491.
27. LEBOVICI (S.). — La prévention en santé mentale chez l'enfant. La psychiatrie de l'enfant, P.U.F. 1960, *2*, 197-224.
28. LEBOVICI (S.). — L'abord Ecologique en psychiatrie infantile Psychiat. Enfant, 1964, 7, 199-268.
29. LEBOVICI (S.), DIATKRINE (R.), KESTEMBERG (E.). — Bilan de dix ans de thérapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent. Psychiat. Enfant, 1958, *1*/1, 63-179.
30. LUXEY (Cl.), MORON (P.), ARBUS (L.), LAZORTHES (Y.). — Les séquelles neuropsychiques des traumatismes crâniens de l'enfant. Presse Med. 1969, 77, 579-582.
31. MICHAUX (L.). — Psychiatrie infantile, 4e édition, Paris P.U.F. 1967.
32. MALE (P.). — Les névroses infantiles. Rev. Neuropsychiat. Infant., 1966, *14*, 643-649.
33. MANNONI (M.). — L'enfant, sa maladie et les autres. Ed. du Seuil, Paris, 1967.
34. MISES (R.). — Les obsessions chez l'enfant. Psychiat. Enfant, 1958, *1*/2, 513-522.
35. PIAGET (J.). — La psychanalyse et le développement intellectuel, in rev. franç. psychanal. 1933, Paris *6* 405-409.
36. PICHON (E.). — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Masson et Cie Paris, 1965.
37. POROT (M.) COUDERT (A.) ,COLLET (M.). — Les conduites suicidaires des adolescentes. Psychiat. Enfant 1968, *11*/2, 317-369.
38. ROUART (J.). — Psychopatologie de la puberté et de l'adolescence. P.U.F. Paris, 1954.
39. SANTOS (J.). — La valeur du symptôme dans le domaine préventif. Psychiat. Enfant 1963, *6*/1, 139-241.
40. SOULE (M.), LEBOVICI (S.). — La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. P.U.F. Paris, 1970.
41. SOULE (M.), CAILLE-WINTER (F.). — Les bases d'une coopération entre pédiatre et psychiatre dans l'action préventive en matière de santé mentale chez l'enfant. Sauvegarde de l'enfance, 1962, Paris, *17*, 400-405.

42. SUTTER (J.M.). — Le mensonge chez l'enfant. P.U.F. Paris, 1956.
43. WINNICOT (D.W). — De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris, 1969.
44. ZAZZO (R.), AJURIAGUERRA (J. De), BOREL-MAISONNY (S.), GALIFRET, GRANJON (N.), STAMBAK (M.), SIMON (J.), CHASSANY (C.). — L'apprentissage de la lecture et ses troubles, les dyslexies d'évolution. P.U.F. Paris, 1951.